FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THESE

N° 137

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

André FAUCHIER

Né le 25 Octobre 1921, à Paris.

- 5 MAR 1947

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

Dystocie par anomalie de la symphyse pubienne

(SYMPHYSE HORIZONTALE)

Président : M. LANTUÉJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

André FAUCHIER

Né le 25 Octobre 1921, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

Dystocie par anomalie de la symphyse pubienne

(SYMPHYSE HORIZONTALE)

Président : M. LANTUÉJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Roussy, Baudouin.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... BINET

ASSESSEUR ..... VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	N...
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	N...
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON(L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	RICHET (Charles).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	LELONG.
Puériculture	DESGREZ (H.).
Radiologie médicale	DECHAUME.
Stomatologie	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	DELMAS.
Anatomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER VILLARS.
Bactériologie.	BONNET.
	FASQUELLE.
Chimie médicale	ETTORI.
	N...
Chirurgie générale	AMELINE.
	FEVRE.
	FUNCK-BRENTANO.
	MENEGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
	MERLE D'AUBIGNE.
	ROUX.
	PADOVANI.
	LEGER.
	HUGUIER.
	RUDLER.
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Maladies mentales	BARUK.
	DE SEZE.
Médecine générale	BARIETY.
	BOULIN.
	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	KOURILSKY.
	MAURIC.
	DECOURT.
	LAMY.
	HAMBURGER.
	DREYFUS (G.).
	FAUVERT.
	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIE.
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET.
	LACOMME.
	SUREAU.
	VARANGOT.
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT (L.).
Parasitologie coloniale	N...
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pharmacologie	CHEYMOL.
	N...
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	N...
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*). LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.
Clinique obstétricale	ECALLE.
Clinique O.R.L.	HALPHEN.

	M.
Clinique médicale	CHEVALLIER

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A TANTE G...

En témoignage d'affectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Tarnier

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

Au Professeur BRAULT

Qui a inspiré cette thèse et dont la paternelle et si délicate sollicitude restera pour moi une grande leçon de bonté et d'intelligente clairvoyance.

ET A SON Collaborateur LE Docteur DUBOIS

A l'aide duquel cet ouvrage doit tant.

INTRODUCTION

La lecture des ouvrages classique révèle une étude très poussée des rétrécissements du détroit supérieur, au chapitre des bassins viciés. Par contre, les investigations apparaissent nettement moins fréquentes et moins étendues au sujet des anomalies de l'excavation du détroit moyen et du détroit inférieur.

Il ne fait aucun doute que la particulière et relative fréquence des malformations — souvent si typiques — du détroit supérieur, justifie cette attention élective. Il est de fait, d'ailleurs, que ces atteintes du bassin en sa partie supérieure commandent souvent les viciations qui siègent plus bas. Cependant, il nous paraît important de rappeler que ces anomalies du détroit supérieur, actuellement les mieux connues, sont aussi les moins difficiles à reconnaître et même à estimer — grâce à l'épreuve du travail —, par conséquent à traiter. Par contre, le anomalies de l'excavation, du détroit moyen et du détroit inférieur, si elles peuvent, plus ou moins aisément être dépistées, sont d'une estimation presque toujours délicate et parfois même impossible. En effet, l'épreuve du travail qui renseigne avec une fidélité qui ne se dément presque jamais sur les dystocies du détroit supérieur, devient ici d'une réalisation et d'une interprétation si malaisée qu'on est entraîné souvent à la remplacer par une véritable « épreuve de l'accouchement », le déroulement complet de celui-ci devenant une condition nécessaire à toute évaluation suffisamment précise de la dystocie. De plus, c'est surtout au niveau

des étages inférieurs que se rencontrent, avec une relative fréquence certaines séquelles de rachitisme, dont les caractères, s'ils sont trop discrets pour permettre une reconnaissance, sont tout de même assez marqués pour constituer un grave obstacle à l'accouchement. Ces dystocies dont les apparences anodines ne révèlent leur véritable caractère lésionnel qu'au moment critique, sont ainsi beaucoup moins connues, quoiqu'aussi dangereuses. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de fixer notre attention sur l'une d'elles que nous avons nommée : *bassin à symphyse horizontale* dont la fréquence, la traîtrise extrême et le sombre pronostic qu'elle entraîne nous semblent exiger une étude détaillée.

Il s'agit d'anomalies portant sur la hauteur, l'épaisseur et surtout *le degré d'inclinaison* de la symphyse pubienne. (Dans quelques cas, celle-ci est à ce point couchée que, se présentant presque horizontale chez la femme debout, elle crée à elle seule une dystocie de la plus haute gravité.) Ces atteintes symphysaires assez fréquentes dans la contrée où nous opérons sont les séquelles discrètes d'un rachitisme naguère florissant, et depuis quelques lustres régressif. Leur discrétion dangereuse tenderait à faire d'elles des variétés très atténuées certes, mais non encore négligeables, de ce que les anciens auteurs appelaient « la vulve barrée » ou la « barrure du bassin ».

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Nous avons pensé qu'il ne serait pas dénué d'intérêt de faire valoir ce qui a été rapporté jusqu'à ce jour sur ce sujet, et très précisément sur le caractère le plus important de notre étude : l'inclinaison de la symphyse sur l'horizontale.

Nous avons pensé que nous pouvions résumer les travaux antécédents par ces deux citations de l'ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE, tome premier d'Obstétrique, au chapitre des dystocies osseuses. Les auteurs de cet article ont parfaitement traduit le degré d'importance dévolu jusqu'ici aux anomalies d'inclinaison de la symphyse par l'expression : « Redressement de l'arc antérieur dans les bassins aplatis et généralement rétrécis » à laquelle ils donnent le développement suivant :

« Si l'inclinaison de la symphyse est très marquée, on « peut concevoir que la face postérieure des pubis soit « sensiblement parallèle au plan de la face antérieure « des premières vertèbres sacrées. Au fur et à mesure « de la descente, la tête fœtale, au lieu de trouver un « canal pelvien progressivement élargi, continuera à « être étroitement enserrée dans un cylindre osseux de « même rayon, d'où difficulté plus grande à la progres-

« sion. On voit donc que les variations de l'inclinaison « de la symphyse sont loin d'être indifférentes et que, « dans l'appréciation d'un rétrécissement du bassin, il « est nécessaire d'en tenir compte ».

Nous ferons remarquer que le texte cité ci-dessus ne sépare pas la dystocie symphysaire d'un complexe osseux intéressant au premier chef le détroit supérieur. Notre travail au contraire tendra à mettre en valeur l'importance des dystocies symphysaires essentielles. D'autre part, il nous semble intéressant de noter que le tableau clinique très spécial et le caractère particulier de traîtrise qu'entraîne la malformation particulière sur laquelle nous serions heureux d'attirer l'attention, sont ignorés ou méconnus, de façon d'ailleurs très normale, puisque l'intérêt se concentre dans le cas de « bassin aplati et généralement rétrécci » sur un ensemble et non sur un point précis.

CHAPITRE II

INTERET DE L'ETUDE

L'intérêt de cette étude vient, comme nous l'avons succinctement signalé, de la relative fréquence de cette dystocie, de sa gravité, de sa traîtrise et des difficultés qu'on éprouve à la diagnostiquer, l'estimer et la traiter.

Sa fréquence qui relève avant tout de conditions géographiques (notre région étant l'une des plus atteintes de France par le rachitisme) s'explique aussi par la constatation suivante (contraire à l'axiome classique, et pourtant indubitable) les séquelles rachitiques intéressent assez souvent de façon élective le seul détroit inférieur, par l'intermédiaire précisément de l'arc antérieur. Les observations que nous avons réunies, au nombre de 41, autorisent cette affirmation. Encore devons-nous préciser que nous avons tenu à ne faire état que de cas où la viciation nous est apparue particulièrement nette, alors que le nombre réel de ces anomalies par nous observées est bien supérieur à ce total déjà important. De plus, certains de nos confrères, dont nous avions attiré l'attention sur ce point précis de pathologie osseuse, nous ont fourni des compléments d'information ou des confirmations de fait qui donnent à notre statistique un relief et une valeur plus nets. Il est cer-

tain que les cas de symphyse horizontale sont souvent *un* élément important d'un ensemble dystocique complexe, mais l'importance de cette atteinte particulière, demeure toujours aussi vive et les considérations cliniques qu'elle fait naître, aussi spéciales et symptomatiques.

La gravité de cette malformation ressort immédiatement de la lecture de notre statistique. Nous y reviendrons en temps utile, mais nous tenons à préciser dès à présent le caractère dramatique de l'accouchement, surtout chez la primipare, l'effet de surprise qui résulte d'une évolution irrégulière du mobile longtemps freiné et tout à coup projeté, les conséquence désastreuses qu'une intervention bien intentionnée mais erronée peut entraîner. Car la traîtrise de cette dystocie est telle que le tableau clinique se transformant subitement fera naître dans l'esprit le plus attentif et le plus calme un doute que l'action seule, imprudente parce qu'aveugle, bientôt nerveuse parce qu'incompréhensiblement contrariée, pourra, croit-on, supprimer. Or, il nous a semblé que la mise en lumière de cette affection pourrait, sinon résoudre définitivement le problème diagnostique et thérapeutique, au moins prévenir certains désarrois ou certaines précipitations. Le meilleur moyen de prendre une nette conscience du problème est d'étudier la statistique que nous présentons ci-après et dont nous pensons pouvoir tirer des conclusions positives.

TABLEAU STATISTIQUE

N°	Parité	Antécédents	Bassin	Présentation	Traitement	S. D. C.	Enfant
1	III	1er enfant mort + 2e enfant mort +	P.S.P. : 9,8 Symph. H.	Siège	Gde extract.	subf.	Pds : 3.970 gr. vivant
2	III	2 enfants vivants	Symph. H.	O. I. G. A.	Hypophyse : O Forceps Tarnier	subf.	vivant
3	II	1er enfant mort +	Symph. H.	Siège	Gde extract.	subf.	vivant
4	II	1er enfant + basiotrypsie	Symph. H. Sacrum en Ramecon	O. I. G. P.	Forceps Tarnier	phys.	Pds : 2.600 gr. vivant
5	II	1er enfant mort +	P.S.P. : 11,5 Symph. H.	Sommet	Forceps D8	phys.	Pds : 2.970 gr. vivant
6	II	1er enf. forceps D8 + mort	Symph. H.	O. I. G. A.	F. D8 diff.	phys.	Pds : 3.500 gr. Bi-pariétal : 9,8 — étonné
7	III	2 forceps très dystociq.	Symph. H.	—	Césarienne	phys.	vivant
8	V	1ere faus.-couche 3 mois et curettage 2e forceps et mort à 7 ans de méningite 3e F. C. spontanée 2 mois 4e forceps mort +	Promontre accessible au loin + Symph. H.	O. I. D. T. mal fléchie	F. D8	phys.	Pds : 3.700 gr. vivant

TABLEAU STATISTIQUE (*suite*)

N°	Parité	Antécédents	Bassin	Présentation	Traitement	S. D. C.	Enfant
9	III	2 forceps, vivants	Symph. H.	O. I. G. T.	F. D8	phys.	Pds : 4.500 gr. étonné
10	II	1er enf. mort + forceps	Symph. H.	O. T. G. T. mal fléch.	F. D8	phys.	Pds : 3.660 gr. étonné
11	I	—	S. H.	—	Césarienne	—	vivant
12	III	—	S. H.	—	Post. Hypo — Sp.	—	vivant
13	II	—	S. H.	—	Acc. spont. brusq.	phys.	vivant
14	V	1er enf. mort + 2, 3, 4 forceps — vivants	S. H.	O. I. D. T.	Forc. D8 diff. au dét. moyen en O. I. D. P.	phys.	Pds : 3.430 gr. vivant Bi-pariétal : 9
15	II	1er enf. mort + forceps + version	P.S.P. : 11,6 S. H.	Posthypo et O. I. D. T. au dét. moyen	F. D8 diff.	phys.	Pds : 3.700 gr. Bi-pariétal : 9,7 vivant
16	II	1 fausse couche 2 mois	S. H.	O. I. G. T. au détroit moy.	F. D8 diff.	phys.	Pds : 4.200 gr. vivant
17	I	—	S. H.	—	Forceps T.	—	
18	I	—	P.S.P. : 10,7 S. H.	Sommet	Version Champetier D8 impossib.	phys.	Pds : 3.310 gr. *Mort* + Bi-pariétal : 9,8 Enf. temp. post.
19	II	1er enf. mort + forceps	S. H.	O. I. D. P.	D8 laborieux + Tarnier	phys.	Pds : 3.000 gr. étonné Bi-pariétal : 9

TABLEAU STATISTIQUE (*suite*)

N°	Parité	Antécédents	Bassin	Présentation	Traitement	S. D. C.	Enfant
20	II	1er enf. dyst. mort +	S. H.	O. I. D. P.	ocytocique	phys.	Pds : 3.500 gr. Bi-pariétal : 9,7 vivant
21	I	—	S. H.	O. I. D. P.	D8 labor.	phys.	Pds : 3.850 gr. Bi-pariétal : 8,5 *Mort*
22	III	1 forceps suivi de mort	S. H.	face M. I. G. A.	D8	phys.	Pds : 3.950 gr. vivant Bi-pariétal : 9
23	III	1 forceps suivi de mort 2e forc. enfant vivant	S. H.	O. I. G. A.	Tarnier	phys.	Pds : 3.550 gr. Bi-pariétal : 9,8
24	I	—	S. H.	O. I. G. A. mal fléchie	D8 moy.	fébr.	Pds : 3.320 gr. vivant Bi-pariétal : 9
25	I	—	S. H.	O. I. G. A. à partie moy.	Tarnier laborieux	phys.	Pds : 3.600 gr. ranimé
26	IV	1er forceps mort — 2e gémel. 3e siège — mort	P.S.P. : 11 Aplati	O. I. G. T.	D8 + Tarnier	phys.	Pds : 3.500 gr. étonné plus fract.
27	I	—	S. H.	O. I. G. T.	D8	fébr.	Pds : 3.300 gr. étonné
28	I	—	S. H.	O. I. G. P.	Tarnier	phys.	Bi-pariétal : 9,7
29	I	—	S. H.	O. I. D. P.	D8 + Tarn.	fébr.	Pds : 2.730 gr. étonné Bi-pariétal : 9

TABLEAU STATISTIQUE (suite)

N°	Parité	Antécédents	Bassin	Présentation	Traitement	S. D. C.	Enfant
30	II	—	S. H.	O. I. G. T.	Tarnier	phys.	Pds : 4.350 gr. étonné
31	II	1er : basiotrypsie	S. H.	O. I. G. A.	D8	phys.	Pds : 4.100 gr. ranimé Bi-pariétal : 10,2
32	II	1er : très dystocique	S. H.	O. I. D. P.	Tarnier	phys.	Pds : 3.300 gr. Bi-pariétal : 9,3
33	I	—	S. H.	O. I. D. T.	D8 + Tarn. à la partie moyenne	phys.	Pds : 3.900 gr. mort Bi-pariétal : 10
34	II	1er forceps, *mort*	S. H.	O. I. G. T.	D8	phys.	Pds : 3.900 gr. Bi-pariétal : 9,5
35	I	—	S. H.	O. I. G. A. pas très engagé	D8 labor.	phys.	Pds : 4.250 gr. mort Bi-pariétal : 8,8
36	III	1 forceps	S. H.	O. I. D. T.	ocytocique	subf.	vivant
37	II	1er : mort	S. H.	O. I. D. P.	Tarnier au dét. moyen	phys.	Pds : 3.100 gr. Bi-pariétal : 8,5 vivant
38	I	—	S. H.	O. I. G. P.	D8	phys.	Pds : 2.750 gr. mort
39	II	1er très dystocique	S. H.	O. I. G. A.	Tarnier	phys.	Pds : 3.500 gr. Bi-pariétal : 9,3
40	III	2 morts	S. H.				
41	II	1er : basiotrypsie	S. H.	O. I. G. A.	hypophyse	phys.	Pds : 3.700 gr. Bi-pariétal : 9

La lecture de cette statistique révèle la gravité de cette dystocie par symphyse horizontale. Les 41 accouchements qu'elle groupe ont nécessité en effet :

— 2 césariennes,

— 2 grandes extractions du siège,

— 1 version suivie de grande extraction,

— 31 applications de forceps,

alors que 5 présentations du sommet, seulement, ont été accouchées spontanément en donnant des enfants vivants.

Si ces cinq exceptions permettent de poser un pronostic moins dramatique qu'il pourrait sembler tout d'abord, il est bon de souligner que :

— les 36 accouchements artificiels ont, au contraire, entraîné 5 morts d'enfant,

— la version, une mort d'enfant,

— le forceps, 4 morts d'enfant,

à côté desquelles il convient de souligner : 1 fracture du crâne et 9 syncopes plus ou moins graves mais qu'on pu ranimer.

Il n'est pas sans intérêt de plus de signaler, dans les antécédents des 29 multipares que comprend notre statistique pour 44 accouchements : 20 morts d'enfant. La proportion des morts est ici trop importante pour qu'on puisse passer sous silence les conclusions qu'elles entraînent : la différencce si marquée qu'on enregistre entre la mortinatalité enregistrée au cours des accouchements antérieurs et celle observée à la suite de nos interventions s'explique par le fait que nous sommes intervenus plus fréquemment pour des multipares. Or, comme nous le soulignions au début, la notion d'accouchements antérieurs est nécessaire pour démasquer la « traîtrise » de cette dystocie. Cette constatation de fait donne toute sa valeur à cette statistique qui fait ressortir si clairement un des aspects les plus impor-

tants de cette anomalie de l'arc antérieur. C'est autour de ce point remarquable que nous avons élaboré notre travail, car il nous semble que la connaissance, dans les antécédents, d'une dystocie par symphyse horizontale éclaire considérablement le pronostic en fournissant au praticien un élément d'appréciation des plus importants.

On comprendra aisément qu'il puisse en être ainsi si nous retraçons comment, en pratique, les choses se présentent. L'étude clinique montrera, avant que l'étude anatomique ne l'explique, le caractère particulièrement grave, irrégulier et surprenant de cette parturition anormale.

Dans cette étude, nous nous attacherons à ne décrire que les cas « moyens ». Les cas extrêmes relevant d'un ensemble ou d'une particularité trop appuyée pour servir de règle, ont été exclus. Voici donc le déroulement habituel :

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Les femmes que nous avons observées étaient presque toutes dotées d'une morphologie un peu spéciale : c'étaient des femmes trapues, petites, présentant une tendance générale à l'obésité, bâties la plupart du temps en largeur, avec un squelette lourd et noueux. Rien, à vrai dire, ne frappait particulièrement l'attention ; rien, en leur état, ne suscitait d'inquiétude.

Près du terme, et seulement, celle-ci pouvait naître : le fœtus tardait à s'engager et, chez les primipares elles-mêmes, celui-ci ne s'engageait pas avant les premières douleurs de l'accouchement. On conçoit la surprise que causait cette anomalie alors que tout précédemment semblait de nature à tranquilliser même le plus scrupuleux. En effet, le bassin paraissait perméable et suffisant à en juger par les résultats d'un examen classique : la concavité sacrée semble normale, on ne peut pas suivre les lignes innominées sur toute leur longueur et surtout, *on ne peut pas atteindre le promontoire.*

La pratique du palper introducteur de P. MULLER elle-même contribue à créer ce climat de quiétude pronostique : on voit que la présentation est nettement en

retrait par rapport à la symphyse pubienne et semble devoir descendre normalement dans l'excavation. Tous ces examens ont toujours été pratiqués avec le plus grand soin et même parfois se sont vu suivis par des explorations faites au cours de l'anesthésie générale. Or, toujours, les résultats ont été les mêmes, toujours la surprise a été entière.

Le travail commence. La présentation se fixe. La dilatation débute normalement. Sans doute, la présentation n'appuie-t-elle pas à fond sur le segment inférieur et la poche des eaux bombe-t-elle quelque peu. Mais la bosse pariétale postérieure paraît descendue dans la concavité sacrée et, entre les contractions, on sent que la pointe de l'occiput est descendue dans l'excavation.

Dans l'ensemble, on n'a pas eu à enregistrer d'accidents de dilatation, de telle sorte que celle-ci arrive, à peu près normalement, à complète. La progression du travail permet les espoirs les plus justifiés; or, la présentation demeure élevée et, si c'est un sommet, mal fléchie en position transverse. De plus, et voici le drame, les efforts d'expulsion n'arrivent malheureusement pas à modifier sensiblement cette situation. Si, à ce moment, on pratique un toucher vaginal, on note que l'espace compris entre la face antérieure du sacrum et le bord inférieur de la symphyse est trop petit pour permettre à la présentation de descendre plus bas. La présentation *repose,* en plus ou moins grande partie, sur la *face postérieure* de la symphyse pubienne.

De plus, par suite du contact étroit qu'a pris la présentation avec les contours de la symphyse, on voit que celle-ci se présente anormalement, qu'elle est -comme *couchée en travers de l'excavation qu'elle barre,* retenant au-dessus d'elle la présentation. Ainsi, c'est seulement par une sorte d'épreuve du travail appliquée au détroit inférieur que l'on reconnaît ces anomalies et qu'on les peut mesurer.

Bientôt, se pose l'indication d'intervenir. Et l'on intervient par le procédé le plus habituel, l'application du forceps, légitimée par cette impression qu'un ultime examen dégage : la plus grande circonférence céphalique se trouve dans l'excavation au-dessous du détroit supérieur et, de plus, il ne semble pas y avoir disproportion entre le volume de la tête fœtale et la capacité du bassin.

C'est alors que la dystocie révèle toute sa gravité : pour les raisons que nous avons succinctement envisagées ci-dessus (mais dont l'importance ne ressort pas toujours si l'examen est un peu aveugle) — raisons que nous développerons plus loin — les tractions pratiquées selon la manière habituelle, n'arrivent pas à faire descendre cette tête qui paraissait tellement accessible. Ces tractions de plus en plus fortes, et qu'une inexplicable résistance énervent inconsidérément, écrasent le pariétal antérieur du fœtus contre ce qui est devenu, par suite de l'inclinaison anormale de la symphyse, la face supérieure de celle-ci.

De là découle cette mortinatalité importante et, au premier abord, inexplicable. Tellement inexplicable même que, parfois, les médecins traitants, non avertis, remis à l'occasion d'une nouvelle gestation dans la même situation, recommenceraient les mêmes erreurs avec les mêmes désastreux résultats.

Or, il découle de ce que nous avons déjà laissé entendre, qu'un examen éclairé de la parturiente, au moment critique, eut donné au praticien les renseignements qui lui manquaient et lui eut dicté une prudente réserve. Nous nous proposons maintenant d'éclaircir de notre mieux ce point important à l'aide d'une analyse anatomique du champ expérimental.

Chapitre IV

ETUDE ANATOMIQUE

Nous avons d'abord été surpris par l'apparence très suffisante du bassin de ces gestantes. Une étude très poussée nous a permis de retrouver les caractères d'appréciation classique des bassins normaux, à savoir la courbe du sacrum qui paraissait normalement concave, le promontoire qui demeurait en général inaccessible ou au maximum perçu à plus de onze centimètres, les lignes innominées qui ne pouvaient être suivies complètement. Il faut, pour découvrir une anomalie, examiner avec le plus grand soin l'arc antérieur du bassin. Celui-ci, en effet, paraît franchement anormal. La palpation de la symphyse pubienne, à deux mains, la montre extraordinairement couchée sur l'horizontale. L'angle de 95 degrés que fait l'axe de la symphyse avec la ligne promonto-sus-pubienne est réduit à une cinquantaine de degrés. Il s'ensuit que toute la paroi postérieure du pubis, au lieu de s'écarter progressivement de la face antérieure des premières pièces sacrées s'en rapproche; de telle sorte que la cavité pelvienne, au lieu de devenir spacieuse dès que le diamètre promonto-rétro-pubien est franchi, se trouve divisée en deux parties par une sorte de rétrécissement du détroit moyen avec, au-dessus, une partie supérieure vaste en haut mais

dont la capacité va diminuant, et au-dessous une partie inférieure courte et spacieuse mais où la présentation ne peut accéder qu'après avoir plus ou moins péniblement atteint, puis franchi, en basculant autour, le rétrécissement que forme le bord inférieur du pubis. *Et ces deux parties sont disposées à angle presque aigu.*

Sans doute, à ce moment, durement surpris par cette dystocie insoupçonnée du dernier instant, on arrive lorsqu'on est averti, à en repérer la cause : il faut pour cela placer les doigts à plat derrière la symphyse et explorer minutieusement le pourtour de l'arc antérieur. Mais nous pouvons affirmer qu'il faut le déroulement complet d'un accouchement pour connaître et l'existence et, surtout, l'importance de cette dystocie.

Certes, il s'agit toujours de cas-limites. Par définition, en effet, cette anomalie ne peut demeurer unique si elle est très accentuée. En sorte que, comme toujours dans ces cas, le problème pronostique se repose à chaque accouchement. Or, il est difficile à résoudre, de même que sont difficiles à poser les indications opératoires et la technique même de l'intervention. Ces difficultés ressortent de l'examen anatomique que nous venons de faire. Il est évident que la présentation s'enfoncera profondément dans la première moitié, limitée en avant par la symphyse et en arrière par les premières pièces sacrées — qui sont devenues quasi-parallèles —. Mais elle n'appuie pas vraiment sur *le pourtour* du rétrécissement au niveau duquel elle ne peut arriver qu'après de difficiles mouvements d'asynclitisme. L'appréciation de la disproportion demeure donc toujours très difficile.

Jusqu'ici nous n'avons pu corroborer ces données purement cliniques, ni par des examens de pièces anatomiques, ni même par des radiographies. Nous n'avons pas, en effet, trouvé encore le moyen d'empêcher la projection des massifs trochantériens sur le plan de la symphyse pubienne.

Par contre, l'analyse des accouchements qui se sont déroulées spontanément à travers ces bassins nous ont confirmé dans cette hypothèse.

On trouve, en effet, par exemple dans les cas de présentation du sommet, la présentation arrêtée très haut, au début de la période d'expulsion, et en position transversale, le plus souvent mal fléchie. Or, pendant un temps très long, malgré de nombreux et courageux efforts d'expulsion, la présentation ne semble nullement progresser. Seul un léger mouvement d'asynclitisme postérieur peut à la rigueur être décelé. Cependant, à force de patience on parvient à sentir que la présentation s'enfonce peu à peu et touche le fond de la concavité sacrée.

Puis, *tout à coup,* la présentation bascule brusquement autour du bord inférieur du pubis. Après quoi, la sortie a lieu, brutale; l'accouchement se fait en « bouiet de canon ».

De même, les extractions artificielles par forceps, donnent lieu aux mêmes constatations : c'est la première partie de l'extraction qui est longue et difficile. Ici aucun mouvement de rotation ne peut la favoriser. *Il faut tirer très en arrière.* Puis, *brusquement,* l'extraction devient très facile, souvent après avoir ressenti la nette impression que l'on venait de franchir un court mais fort rétrécissement.

Toutes ces données cliniques nous permettent d'aborder maintenant la question de la conduite à tenir en face de ces accouchements dystociques par symphyse horizontale.

Chapitre V

CONDUITE A TENIR

Disons-le dès l'abord : c'est là chose très délicate et dont nous n'avons pu trouver de nette description.

Nous tenons à rappeler d'abord que l'épreuve du travail telle qu'elle est conçue habituellement est ici sans aucune signification, sans aucune valeur. Il faut d'épreuve de l'accouchement total, y compris souvent l'épreuve du traitement. Ceci posé, que faire ?

Le forceps est sans aucun doute loin de réaliser le mode de traitement idéal, étant donné les importants mouvements d'asynclitisme qu'impose cette dystocie. Il peut rendre pourtant d'immenses services, si l'on a soin de prendre quelques précautions. On pourra se servir, dans ces cas, du forceps de Demelin qui conserve incontestablement au mobile céphalo-instrumental une plus grande liberté et qui adhère beaucoup mieux à la présentation. En second lieu, on tirera très en arrière, le plus loin et le plus longtemps possible, en gardant en tête la vérité suivante : la direction idéale, compte non tenu du brusque coude sus-décrit, passerait non seulement à travers l'articulation sacro-coccygienne mais à travers le sacrum.

La version : excellente opération, pas assez souvent pratiquée, mais qui dans ce cas particulier, paraît plutôt supérieure au forceps.

La Manœuvre de Champetier, qui réussit si souvent dans les rétrécissements du détroit supérieur, n'est pas faite pour cette dystocie.

Même observation pour la grande extraction quand c'est le siège qui se présente.

Malgré toutes ces précautions, l'échec est toujours possible. Dans ces cas, comme tous ceux qui, entre les mains de confrères, ont donné lieu à des accidents plus graves et plus répétés, nous intervenons par césarienne pour peu que l'enfant paraisse gros. Et cela, encore une fois, bien que le bassin semble suffisant pour le fœtus qui se présente.

La constatation de cette symphyse horizontale devra peser lourdement dans la balance en faveur de l'intervention par voie abdominale.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, dont nous sommes les premiers à reconnaître les insuffisances et les manques, mais qui nous paraît présenter un intérêt assez net, surtout pour le praticien-accoucheur, nous concluons :

I. — Un certain nombre de bassins où le promontoire est inaccessible, offre cependant des difficultés considérables à la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles.

II. — Nous pensons que, souvent dans ces cas, la différence est due à des anomalies de la Symphyse Pubienne.

III. — La plus fréquente de ces anomalies nous paraît être une inclinaison excessive de la Symphyse qui, la femme étant debout, tend à se rapprocher de l'horizontale.

IV. — La connaissance de cette anomalie nous paraît importante pour mettre le praticien en garde contre une dystocie de la dernière heure que la simple recherche du promontoire ne permet pas de déceler.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse :
LANTUEJOUL

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S